

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2012

Lenka Šeráková

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

**Klinika rehabilitačního lékařství
Albertov 7
Praha 2**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Lenka Šeráková

Součinnost ergoterapie při posuzování soběstačnosti dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.: Příspěvek na péči

Occupational therapy cooperation in assessing the self-sufficiency under the Social Services Act No. 108/2006 Sb.: Contribution to the care

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:
Mgr. Štěpánka Kozlerová

Praha 2012

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Štěpánce Kozlerové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat rodině a blízkým, kteří mi byli po celou dobu studia a též při psaní bakalářské práce oporou.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat. Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitální databázi Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

V Praze dne: 15. 5. 2012

Jméno studenta

Podpis studenta

Identifikační záznam:

ŠERÁKOVÁ, Lenka. *Součinnost ergoterapie při posuzování soběstačnosti dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.: Příspěvek na péči [Occupational therapy cooperation in assessing the self-sufficiency under the Social Services Act No 108/2006 b.: Contribution to the care]*. Praha, 2012. 39 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Kozlerová, Štěpánka.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Lenka Šeráková
Obor Ergoterapie, rok imatrikulace: 2012
Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Kozlerová
Počet stran: 39

Název bakalářské práce:

Součinnost ergoterapie při posuzování soběstačnosti dle zákona o sociálních službách
č. 108/2006Sb.: Příspěvek na péči

Abstrakt bakalářské práce:

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda by se mohl ergoterapeut začlenit do procesu posuzování příspěvku na péči, a to konkrétně do domácího šetření společně se sociálním pracovníkem. V této práci jsem se dále zajímala o to, jaký náhled na ergoterapii mají posudkoví lékaři a sociální pracovníci. Jelikož právě tyto profese se podílejí na hodnocení příspěvku na péči.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. V teoretické části seznamuji blíže se základními pojmy – příspěvkem na péči, soběstačností, ergoterapií, sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem.

V praktické je popsána metodologie, stanoven cíl práce, výzkumná otázka a hypotézy. Pro práci jsem zvolila kvalitativní šetření provedené prostřednictvím rozhovorů s posudkovými lékaři a sociálními pracovníky. V závěru odpovídám na otázku, zda by se mohl ergoterapeut účastnit posuzování příspěvku na péči společně se sociálním pracovníkem a na možné výhody společného posuzování.

Klíčová slova:

Ergoterapie, soběstačnost, příspěvek na péči, sociální šetření, sociální pracovník, lékařská posudková služba

Title:

Occupational therapy cooperation in assessing the self-sufficiency under the Social Services Act No 108/2006b.: Contribution to the care

Abstract

The main purpose of this bachelor thesis was to find out, if it is possible to include occupational therapist into self-sufficiency consideration, specifically into household survey with social worker. Further in my thesis I focused on opinion of social workers and medical assessment service workers about occupational therapy. These professions are participating on self-sufficiency rating.

This thesis is divided into two main parts, theoretical and practical part. In the theoretical part I define the basic terms - self-sufficiency, contribution to the care, social investigation, occupational therapy, social worker and medical assessment service.

In the practical part of this thesis are described methodology principals, specified goal of this thesis, research problem and hypothesis. I choose qualitative research which is based on interviews with social workers and medical assessment service workers. In summary of this thesis is answered question if occupational therapist could participate in self-sufficiency consideration with social worker and on possible advantages of joint assessment.

Key words:

Occupational therapy, self-sufficiency, contribution to the care, social investigation, social worker, medical assessment service

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

OBSAH

Úvod	1
1. Teoretická část	3
1. 1. Příspěvek na péči	3
1. 1. 1. Způsob hodnocení zvládat základní životní potřeby	4
1. 1. 2. Posuzované úkony	4
1. 1. 3. Posuzování zdravotního stavu	6
1. 1. 4. Stupně závislosti	7
1. 1. 5. Výše příspěvku	9
1. 2. Soběstačnost	9
1. 3. Zdravotní postižení	10
1. 4. Dlouhodobě nepříznivý stav	10
1. 5. Ergoterapie	11
1. 5. 1. Činnost ergoterapeuta	13
1. 5. 2. Hodnocení ergoterapeutem	14
1. 5. 3. Běžné denní činnosti (ADL, Activities of Daily Living)	14
1. 6. Posudková lékařská služba	15
1. 7. Sociální pracovník	16
1. 7. 1. Povinnosti sociálních pracovníků	17
1. 7. 2. Sociální šetření	17
1. 8. Závěr	18
2. Praktická část	20
2. 1. Cíl praktické práce	20
2. 2. Metodologie	20
2. 3. Výběr vzorku	22
2. 4. Technika sběru dat	22
2. 5. Výsledky výzkumu	23
2. 6. Výsledky hypotéz	27
3. Diskuze	29
4. Závěr	32
5. Seznam použité literatury	33
6. Seznam použitých zkratk	36
7. Přílohy	37
7. 1. Příloha č. 1: Rozhovor se sociálním pracovníkem	37
7. 2. Příloha č. 2: Text oslovovacího emailu	39

Úvod

V dnešní době počet lidí s disabilitou vzrůstá. A to především s čím dál tím dokonalejší technikou a včasnou lékařskou pomocí. Lidé, kteří by dříve nepřežili, mohou být dnes v úplně totožné životní situaci zachráněni, ale bohužel se to často neobejde bez pozdějších následků. Proto pokládám za důležité, aby lidé byli informováni o možnostech ergoterapie a jejím významu v rámci rehabilitace. Dále aby věděli, že ergoterapie může jedinci umožnit dosáhnout optimální funkce a adaptace ve znovuzačleňování do společnosti. Díky vhodně zvolené kompenzační pomůcce nebo úpravou prostředí, ve které daná osoba žije, se může navrátit nebo zvýšit soběstačnost a zároveň snížit závislost dané osoby na okolí.

Když jsem poprvé měla možnost vidět témata bakalářských prací, tak právě téma mé bakalářské práce okamžitě upoutalo moji pozornost. Jelikož jsem za sebou měla absolvování 5. týdenní praxe v sociálním zařízení, kde se shodou okolností nad propojením části sociální oblasti a ergoterapeutem polemizovalo. Není divu, že jsem to považovala doslova za znamení. Nejen že mě zajímalo, jak by se k tomuto návrhu přikláněli sami posudkoví lékaři České správy sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ) a sociální pracovníci na Úřadu práce ČR, ale také jak vůbec takové domácí šetření ve skutečnosti probíhá, a zda se mé otázky skutečně potvrdí.

Po přesnějším prozkoumání dané problematiky jsem zjistila, že toto téma je příliš rozsáhlé a tak jsem se rozhodla zaměřit pouze na oblast součinnosti ergoterapeuta a sociálního pracovníka při hodnocení příspěvku na péči.

Teoretická část práce se zaměřuje především na hlavní pojmy, které se vztahují k dané problematice práce. Seznamuji blíže čtenáře s pojmy a definicemi jako je například příspěvek na péči, soběstačnost, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, ergoterapie, posudková lékařská služba nebo sociální pracovník. V závěru teoretické části se zmíním o zásadních rozdílech a kompetencích mezi sociálním pracovníkem a ergoterapeutem.

Pro praktickou část bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní metodu, provedenou prostřednictvím rozhovorů s revizními lékaři a sociálními pracovníky. Rozhovory probíhaly „tvář v tvář“ formou semistrukturovaného rozhovoru. Rozhovor jsem se vybrala, jelikož jsem se bála nízké návratnosti dotazníků. A také proto, že rozhovor klade menší nároky na iniciativu respondenta a zároveň je pro něj obtížnější vynechat odpovědi na některé otázky.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, zda by se ergoterapeut mohl podílet na sociálním šetření společně se sociálním pracovníkem při posuzování příspěvku na péči. Pokud ano tak, jak velkým by byl ergoterapeut přínosem. Dále mě zajímalo, jak se k této myšlence budou stavět posudkoví lékaři a sociální pracovníci a co vše sociální šetření v domácím prostředí obnáší.

1. Teoretická část

1. 1. Příspěvek na péči

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je platný od 1. 1. 2007 a stanovuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, a to prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Zákon byl několikrát novelizován - zákonem č. 206/2009 Sb. a zákonem č. 366/2011 Sb. Se Zákonem je provázána jeho prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. *Základní myšlenkou zákona je zajistit lidem v nepříznivé sociální situaci pomoc a podporu prostřednictvím sociálních služeb, dále má stanovit pravidla pro jejich poskytování.*

Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti (zákon č. 108/2006 Sb., §7)

V průvodci sociálními dávkami 2011 (2011) se uvádí, že: „Příspěvek na péči je státní dávkou poskytovanou fyzickým osobám, které se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Jde o měsíčně opakující se peněžitou dávku, která náleží osobě závislé na pomoci druhé osoby zejména z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, a to v rámci běžné péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.“

Příspěvek na péči náleží lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby a splňují podmínku nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje jejich funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, které je mladší než jeden rok. Zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. O příspěvek je možné požádat na krajské pobočce Úřadu práce ČR, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt (Česká správa sociálního zabezpečení).

1. 1. 1. Způsob hodnocení zvládat základní životní potřeby

Tyto základní informace jsem vypsal z Vyhlášky 505/2006, která provádí zákon o sociálních službách.

- Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby.
- Hodnotí se tělesné struktury a tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně hrubé a jemné motoriky, a funkce hlasu, řeči a kůže → a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností.
- Za neschopnost zvládání základní životní potřeby se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu.

1. 1. 2. Posuzované úkony

Zdravotní stav se posuzuje podle zvládání 10 základních životních potřeb, každá z deseti oblastí má dané podoblasti. Oproti starému hodnocení 36 položek, je z mého pohledu tato forma mnohem individuálnější. Sociální pracovník popíše, co daný klient nezvládá, ale nemá jasně danou strukturu, takže může přizpůsobit hodnocení přímo na jednotlivce. V následující části textu jsem tyto oblasti pro představu čtenáře vypsal, jelikož jsou základním prvkem celé bakalářské práce. A také z důvodu, aby jasně vyplynulo, že tyto oblasti spadají do personálních nebo instrumentálních ADL, které během terapií ergoterapeut běžně s pacientem trénuje a také je hodnotí. Hodnocení mu pak slouží k porovnávání výsledků a k naplňování dalších terapií.

1) Mobilita:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

2) Orientace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

3) Komunikace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

4) Stravování:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

5) Oblékání a obouvání:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

6) Tělesná hygiena:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

7) Výkon fyziologické potřeby:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

8) Péče o zdraví:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

9) Osobní aktivity:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

10) Péče o domácnost:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

(Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.)

1. 1. 3. Posuzování zdravotního stavu

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2012), popisuje průběh posuzování zdravotního stavu a podává základní informace. Ze všech zdrojů, ze kterých jsem čerpala o posuzování zdravotního stavu, tak právě tyto informace se mi zdály nejpřehlednější a nejlépe zpracované. Kdyby kdokoliv potřeboval poradit, určitě bych ho odkázala na tento zdroj. Sociální pracovníci Úřadu práce ČR provádějí sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele o příspěvek. Sociální pracovník dále zkoumá, do jaké míry je žadatel o příspěvek soběstačný a schopný samostatného života. Zdravotní stav žadatele o příspěvek posuzuje Lékařská posudková služba (LPS) na základě žádosti kontaktního pracoviště ÚP ČR. Při posuzování se

bere v úvahu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav žadatele a jeho funkční dopad na schopnost zvládat základní životní potřeby. A na základě nálezů praktického i odborných lékařů, výsledku sociálního šetření, případně funkčního vyšetření, lékař lékařské posudkové služby příslušné Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) podklady vyhodnotí a vypracuje zdravotní posudek o stupni závislosti (Ministerstvo práce a sociálních věcí, příspěvek na péči, 2012)

1. 1. 4. Stupně závislosti

Dále bych ráda uvedla stupně závislosti. Stupeň závislosti se určuje podle schopnosti klienta zvládat základní životní potřeby. Jak se můžeme viz. výše dočíst, o daném stupni rozhoduje lékařská posudková služba.

Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v

- **stupni I** (lehká závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna **zvládat 3 základní životní potřeby**
- **stupni II** (středně těžká závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **4 nebo 5 základních životních potřeb**
- **stupni III** (těžká závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **6 nebo 7 základních životních potřeb**
-

- **stupni IV** (úplná závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **8 nebo 10 základních životních potřeb**, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v

- **stupni I** (lehká závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **3 nebo 4 základní životní potřeby**
- **stupni II** (středně těžká závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **5 nebo 6 základních životních potřeb**
- **stupni III** (těžká závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **7 nebo 8 základních životních potřeb**
- **stupni IV** (úplná závislost)... jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **9 nebo 10 základních životních potřeb**, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby

1. 1. 5. Výše příspěvku na péči

Aby informace k příspěvku na péči byli kompletní, tak se v další podkapitole zmíním o možných částkách příspěvku na péči. Příspěvek na péči je opakující se peněžitá dávka. Výše příspěvku na péči je odstupňována podle míry závislosti klienta. Její hodnota je primárně odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí. Máme tedy čtyři stupně závislosti na péči, v čím vyšším stupni klient je, tím vyšší dostává příspěvek.

Věk	Stupeň závislosti:			
	I. Lehká	II. Středně těžká	III. Těžká	IV. Úplná
Do 18let	3.000Kč/měsíčně	6.000Kč/měsíčně	9.000Kč/měsíčně	12.000Kč/měsíčně
Nad 18let	800Kč/měsíčně	4.000Kč/měsíčně	8.000Kč/měsíčně	12.000Kč/měsíčně

1. 2. Soběstačnost

Krutina (2005) charakterizuje soběstačnost jako nezávislost na péči jiné osoby nebo personálu. Kohoutová (2010) vypisuje, kde všude může ergoterapeut hodnotit soběstačnost. Soběstačnost lze tedy hodnotit v nemocničním prostředí, v rehabilitačních ústavech a domácím prostředí. Také se můžeme dočíst, že soběstačnost lze znovuzískat, popřípadě zvýšit její úroveň a to výběrem vhodné kompenzace (např. pomůcky), úpravou bytu a jeho okolí (jednoduché úpravy bez použití pomůcek, s pomocí běžně dostupných pomůcek, speciální úpravy architektonických bariér). Hodnocení běžných denních činností (dále už jen ADL) zaznamenává aktuální výkon klienta, ne jeho předpokládanou potenciální schopnost. Jde o plánovaný proces získávání, interpretace a zaznamenání informací o funkčním stavu člověka. Proto je vhodné provádět vstupní, kontrolní nebo závěrečné hodnocení, pro porovnání.

Na praxích během studia jsem měla možnost vidět a vyzkoušet si, jak takové vstupní, průběžné a závěrečné hodnocení vypadá. Poté jsem vymýšlela činnosti na následující terapii s pacientem, a snažila jsem se o zlepšení soběstačnosti klienta. Díky průběžnému hodnocení, jsem moha vidět pokroky a mohu říci, že to nebyla motivace jen pro pacienta ale i já jsem byla pyšná, byť i jen na malé zlepšení. Při hodnocení jsem se snažila nechat si, co nejvíce

činností klientem předvést, ne se jen ptát. Dále jsem se snažila o přizpůsobení prostředí při hodnocení, aby co nejvíce odpovídalo prostředí, ve kterém klient sám žije.

1. 3. Zdravotní postižení

V této podkapitole jsem použila pár definicí z literatury o zdravotním postižení. Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách vymezuje pojem zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (zákon č.108/2006Sb., §3). Dle internetového portálu Wikipedia je zdravotní postižení určitá odchylka ve zdravotním stavu člověka, která jej omezuje v určité činnosti (pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti), takto definuje pojem zdravotní postižení. Zdravotní postižení neboli disability je postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Hlavními běžně užívanými kategoriemi zdravotního postižení jsou: postižení sluchu, postižení zraku, poruchy řeči/komunikace, postižení mentální, postižení pohybového ústrojí, postižení duševní poruchy, u jednotlivého člověka se mohou vyskytovat v různých stupních a různých kombinacích (Matoušek, Slovník sociální práce, 2003). Poslední uvedenou definici, kterou jsem uvedla je podle Internacional Classification of Functioning, Disability and Health zní: Postižení (disability) je zastřešující pojem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace. Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním problémem) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobní).

1. 4. Dlouhodobě nepříznivý stav

Další podkapitola se bude věnovat dlouhodobě nepříznivému stavu. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním se rozumí nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost (zákon č.108/2006Sb., §3). Dle Matouška(2003), který popisuje dlouhodobě nepříznivý stav ve svém knižním výtisku dle platné legislativy ČR (zákon č. 117/1995) a je to takový nepříznivý stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok. Zvoníková (2010) charakterizuje dlouhodobě

nepříznivý zdravotní stav a považuje ho za stav, který má trvat více než jeden rok, řadu let nebo může jít i o stav trvalý. Nepříznivost se musí projevovat podstatným snížením až výpadkem fyzických, duševních nebo smyslových schopností.

1. 5. Ergoterapie

Výraz ergoterapie má své kořeny řeckých slovech ergon a therapia. Což v překladu znamená práce; léčení nebo terapie. V anglosaských zemích se pro ergoterapii používá výraz occupational therapy, jehož základem je slovo occupation; v překladu toto slovo můžeme přeložit jako zaměstnání nebo činnost. U nás v České republice se donedávna používal název léčba prací nebo pracovní terapie. Od tohoto názvu se naštěstí v dnešní době upouští a nahrazuje se vhodnější termínem ergoterapie. Kdyby se mě někdo zeptal, co je to za povolání ta ergoterapie? Popsala bych ergoterapii jako profesi, která prostřednictvím nějaké smysluplné činnosti/aktivity pacienta usiluje o to, aby byl co nejvíce soběstačný a nezávislý na okolí, mohl se zapojit do běžného života a dělat běžné denní aktivity. Krivošíková (2011) dále uvádí, že occupation (z anglického slova zaměstnávání) se nevztahuje pouze na práci nebo zaměstnávání, ale vztahují se ke všem činnostem, které vyplňují čas a prostor člověka a dodávají jeho životu smysl. Tato zaměstnávání (činnosti), zahrnují každodenní činnosti, které umožňují lidem potvrdit sebe sama, přispívají k životu jejich rodiny a umožňují jim účastnit se života v širším společenském kontextu.

V Časopise Sestra (2012) se dočteme, že: „Ergoterapie je léčebná metoda, která pracuje na zachování funkčních schopností nemocného a jejich návratu. Smysluplným zaměstnáváním postiženého se ergoterapeut snaží o jeho co největší aktivizaci a soběstačnost v běžných denních, zájmových i pracovních činnostech.“

Podrobněji popisuje ergoterapii Česká asociace ergoterapeutů (ČAE, 2008), „Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem

„zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“

Lippertová-Grunerová (2005) definuje ergoterapii jako terapii motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě. Za hlavní úkol ergoterapeutické práce považuje cílený trénink vnímání a senzitivity. Dále vymezuje další aktivity ergoterapie, a to v oblasti poradenské činnosti, orientovanou zejména na pacienta, ale i na jeho rodinné příslušníky. Oblast sestavování a adaptace vhodných kompenzačních pomůcek podle individuálních potřeb pacienta. Za cíl ergoterapeutické intervence považuje zlepšení funkčního poškození pacienta, zabránění progresu a vzniku sekundárních poškození, a to v rámci interprofesionálního týmu¹.

Podle Krivošíkové (2009), která konstatuje, že požadovaným výstupem ergoterapeutické intervence je udržet, obnovit nebo sladit schopnosti osoby, nároky činností a požadavky prostředí tak, aby se zachoval či zlepšil funkční stav osoby a její sociální začlenění.

Při ergoterapii terapeut používá a doporučuje kompenzační pomůcky a substituční mechanismy k usnadnění následného života pacienta. Použití speciálních kompenzačních pomůcek a zjednodušujících mechanismů při nácviku oblékání u pacientů s funkčními poruchami hybného systému je nedílnou součástí rehabilitačního ošetřování. V první řadě je nutné pacientovi doporučit vhodnou obuv a oblečení, aby manipulace s ním byla co možná nejsnadnější (Sestra, 2012).

K tomuto odstavci, bych ráda dodala, že důležitou roli v ergoterapii hrají kompenzační pomůcky. Při výběru pomůcky ji navrhneme tak, aby se klientovi hodila do domácího prostředí, z tohoto důvodu je velice důležitá domácí návštěva. Měly bychom brát v potaz to, že každý klient je individuální a má rozdílné problémy (vycházíme z aktuálního stavu).

¹ Interprofesionální tým je skupina specialistů, kteří v rámci daného pracoviště spolupracují na dosahování nejvyšších možných cílů uživatele.

1. 5. 1. Činnost ergoterapeuta

- provádí **ergoterapeutické vyšetření** zaměřené na analýzu činností pacienta, hodnocení senzo-motoriky, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL)
- provádí **hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) personálních** (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC) a **instrumentálních** (především příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku) pomocí standardizovaných testů a hodnocení v nemocničním i domácím prostředí klienta
- provádí **hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit** v kontextu fyzického a sociálního prostředí
- na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností **sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán** terapie
- aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii
- ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností
- **doporučuje kompenzační a technické pomůcky** a učí pacienty, členy rodiny a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat,
- poskytuje **poradenské služby** a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracují v tomto směru s ošetrovatelským personálem a rodinnými příslušníky klienta
- zabývá se poradenstvím v oblasti adaptace a kompenzace poruch a onemocnění i v otázkách **adaptace a úprav domácího prostředí** (v rámci individuálních domácích návštěv indikovaných lékařem)
- podílí se na **ergodiagnostickém vyšetření** (analýza pracovních činností a pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitaci (tréninku tolerance zátěže, vytrvalosti, nácviku pracovních dovedností apod.) a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění osob se zdravotním postižením

(Česká asociace ergoterapie, 2008) ... tyto informace jsou sice přibližně čtyři roky staré, ale z mého pohledu se mi zdály naprosto přesné a dostatečně podrobné. Osobně mě nenapadá žádná oblast, kterou by autor vynechal, považuji tento text za dostatečně aktuální, proto jsem citovala autora doslovně.

1. 5. 2. Hodnocení ergoterapeutem

Proč, kdy a co hodnotíme v ergoterapii, se rozepisuje podrobněji Krivošíková (2009). Aby byl ergoterapeut schopen naplánovat léčbu, musí na základě hodnocení pokud možno jasně stanovit problém, jeho parametry a příčinu. Základní důvody, proč provádět hodnocení v ergoterapii shrnuje do následujících bodů:

- Ergoterapeutická diagnostika – hodnocení definuje původ a rozsah klinických problémů v jednotlivých oblastech výkonu zaměstnávání (soběstačnost, pracovní činnosti, hra a zájmové činnosti).
- Identifikace individuálních potřeb – hodnocením zjišťujeme současnou funkční úroveň klienta, a tedy možný potenciál pro ergoterapii.
- Cíle a plánování – pomocí hodnocení stanovujeme cíle a priority ergoterapie v léčbě a dále stanovujeme ergoterapeutický léčebný plán
- Srovnání údajů – hodnocení umožňuje srovnání získaných údajů ze vstupního hodnocení s údaji z průběžného či závěrečného hodnocení. Dále umožňuje sledování vývoje zdravotního stavu klienta, popřípadě také stanoví jiné strategie léčby.
- Sledování účinnosti (efektivnosti) ergoterapeutické léčby nebo použité terapeutické metody.

1. 5. 3. Běžné denní činnosti (ADL, Activities of Daily Living)

V úvodu této kapitoly seznámím čtenáře ze základní informace o běžných denních činnostech (dále už jen ADL). Popíši dělení ADL a vše co si může čtenář pod jednotlivými položkami ADL představit. Běžné denní činnosti dělíme na personální a instrumentální ADL, do personálních ADL můžeme zařadit oblékání, osobní hygienu, koupání, přesuny, sebesycení, používání toalety. Do instrumentálních ADL patří například složky jako je: příprava jídla, domácí práce, kontrola brání léků, péče o druhou osobu, používání dopravy, vedení domácnosti, dozor nad financemi, komunikace s okolím pomocí techniky. Tyto instrumentální ADL jsou nadstavbou pro personální ADL. ADL úzce souvisí se soběstačností, jelikož, kdo zvládá oblasti v ADL, můžeme ho z pohledu ergoterapie považovat za plně soběstačného. ADL je jednou z nejvíce trénovaných aktivit, což jsem měla možnost zjistit během studia na praxích.

Kohoutová (2010) shrnuje, v jakých všech oblastí můžeme použít hodnocení ADL. Můžeme ho tedy využít při monitorování progresu v rámci rehabilitačního programu, měříme závislost (při příjmu, propouštění), dále můžeme hodnotit míru požadované asistence nebo pro posouzení schopnosti samostatného nebo nesamostatného bydlení. A v neposlední řadě může sloužit pro výzkumné účely.

Krivošíková (2009) charakterizuje ADL jako klíčovou složku v ergoterapii: „Ergoterapeuti se jak při hodnocení, tak při intervenci zaměřují na schopnosti klienta nezávisle zvládat běžné denní činnosti, které jsou často považovány za jednu z klíčových oblastí, protože se významně podílejí na úrovni participace klienta ve společnosti.“

Většina ergoterapeutů chápe termín všední denní činnosti (dále jen ADL) jako soubor činností, které souvisí se soběstačností člověka. Provádí se každodenně a pravidelně nebo pouze pravidelně a jsou pro něho univerzální.

1. 6. Posudková lékařská služba

O posudkové lékařské službě se zmíním jen krátce. V této kapitole vypíši základní informace o práci posudkového lékaře. Jakými pravidly a předpisy se má řídit. Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že posudkoví lékaři nemají vlastní etický kodex.

Posudkový lékař se zabývá posuzováním zdravotního stavu pacienta a důsledků z něj vyplývajících v zákonem stanovených případech. To ve vztahu k požadavkům práce, ke schopnosti soustavné výdělečné činnosti, k požadavkům služby, k uspokojování běžných životních potřeb, k soběstačnosti a k sociálnímu začlenění. Posudkoví lékaři však vlastní etický kodex bohužel nemají. Řídí se etickým kodexem odsouhlaseným Českou lékařskou komorou. Lékaři posudkové služby jsou však vázáni i Kodexem etiky zaměstnanců ministerstva práce a sociálních věcí.

Posudkový lékař má povinnost se dále odborně vzdělávat a současně je jeho povinností znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání a tyto předpisy přesně dodržovat. Rovněž má věnovat patřičnou pozornost vyhotovení odborných lékařských posudků, potvrzení a doporučení. Údaje v nich obsažené musí být objektivně podloženy, souhlasit se skutečností, být formulovány přesně a nedvojsmyslně a splňovat formální náležitosti.

Každý posudkový lékař by měl být vysoce vzdělaný v medicíně a v právu, ale současně být i řídicím pracovníkem.

(Česká správa sociálního zabezpečení)

V Praktickém lékaři (2011) autor uvádí, že způsob zjištění posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou pro stanovení stupně závislosti, který se provádí prostřednictvím hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat zákonem vymezené oblasti. Dále uvádí, že zvládat hodnocení lékařskou posudkovou službou vyžaduje aplikaci specifických posudkově medicínských znalostí, včetně posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že posudkový lékaři nemají vlastní etický kodex. Ve vztahu k hodnocení příspěvku na péči zdůrazním, že posudkový lékaři hodnotí stav žadatele pouze z dokumentace odborných lékařů a sociálního šetření. V této souvislosti se ještě zmíním Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, didability a zdraví, o které jsem se více dozvěděla v rámci konference na Klinice rehabilitačního lékařství. Jde o vytvoření jednotného jazyka v komunikaci mezi jednotlivými odborníky pro jednoznačný popis zdravotního stavu jedince. Doufám, že se tato klasifikace bude v budoucnu používat a to v rámci celého interprofesního týmu na pracovištích ČR.

1. 7. Sociální pracovník

O odbornosti sociálního pracovníka se zmiňuje se Matoušek (2011), který charakterizuje sociálního pracovníka tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotvědy, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však neposkytuje psychologické, zdravotní, právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky – psychologa, právníka apod.

Dle Čámského (2011), který uvádí obecné předpoklady a dovednosti pracovníka. Mezi základní předpoklady a dovednosti považuje například: důvěryhodnost, spolehlivost, diskrétnost, komunikační dovednosti, empatie, emoční a sociální inteligence, osobní angažovanost či fyzická zdatnost. Dále se zmiňuje o vhodnosti a důležitosti supervize, sebezkušenostních výcviků a potřebnosti v dalším vzdělávání, v zásadě by mělo jít o kontinuální rozvoj sociálních pracovníků, který je má motivovat a dodávat potřebné zkušenosti. Krutina (2005) popisuje náplň sociálních pracovníků, jak prostřednictvím sociálních služeb zajišťují pomoc lidem při péči o sama sebe, stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytují informace, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.

1. 7. 1. Povinnosti sociálních pracovníků

Čámský (2011) ve své knize uvádí základní povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, které vyplývají ze zákona o sociálních službách č. 108/2006Sb. Ve shrnutí:

- a) Informace a srozumitelnost (o službě, o povinnostech uživatelů i poskytovatelů, o individuálním plánování, o dodržování lidských a občanských práv).
- b) Dodržování lidských a občanských práv a oprávněných zájmů uživatelů sociálních služeb a zamezení střetů zájmů (ve vnitřních pravidlech, ve smlouvách o poskytnutí sociální služby, při individuálním plánování, při vyřizování stížností, při samostatném výkonu služby, ke vztahu k zájemcům/žadatelům o služby).
- c) Písemná vnitřní pravidla poskytovatele zajišťující řádné poskytování služby a respekt k právům uživatelů.
- d) Individuální plánování průběhu služby prováděné za aktivní účasti uživatele, sledující jeho osobní cíl a reflektující citlivé změny v sociální situaci uživatele.
- e) Evidence žadatelů odmítnutých poskytovatelem z důvodu nedostatečné kapacity zařízení.
- f) Smlouva o poskytnutí sociální služby jako prostředek transparentního vymezení vztahů mezi poskytovatelem a uživatelem zvyšující pocit právní jistoty v oblasti sociálních služeb.
- g) Zvláštní ohled na specifické potřeby „nejzranitelnějších“ uživatelů, nejvíce ohrožených sociálním vyloučením.

Tyto základní povinnosti dané zákonem jsou poskytovatelé povinni dodržovat a zachovávat.

1. 7. 2. Sociální šetření

Cílem sociálního šetření není určování stupně závislosti, ale poskytnutí ucelené informace lékaři okresní správy sociálního zabezpečení o nepříznivé sociální situaci posuzované osoby (Kontakt, Úloha posudkového lékaře a sociálního pracovníka v řízení o příspěvku na péči, 2011).

Uvádí, že existují místa, kde dochází k pravidelné komunikaci mezi jednotlivými složkami systému (posudkovými lékaři a sociálními pracovníky), buď prostřednictvím různých setkání a následně diskuzí o vzájemných požadavcích nebo prostřednictvím telefonních konzultací, při kterých často operativně řeší názorové diskrepance v konkrétních případech. Tvrdí, že existují sociální pracovníci (rozdíl z hlediska vzdělání a praxe), kteří poskytují kvalitní výstupy ze sociálního šetření s uvedením komentáře ke každému úkonu a podrobným celkovým zhodnocením stavu. Sdělují i to, jak posuzovaný žije, v jakých podmínkách, kdo a v jakém rozsahu poskytuje potřebnou pomoc, vyjadřují se k orientaci, k možnosti navázání kontaktu, hodnotí komunikaci s posuzovaným, uvádějí i další informace získané od další přítomné osoby při šetření. Dále se ale zmiňuje i o tom, že tyto složky mohou být často zkresleny z různých důvodů například: tlaku klienta nebo popřípadě rodiny, empatie, která nemusí být vždy přínosem pro objektivní posuzování, mnohdy chybí vůle posuzovaného klienta ke spolupráci, stává se i že je prezentován pouze názor členů rodiny přítomných při šetření a není ověřena skutečná schopnost výkonů daných úkonů, ale třeba jen to že je návštěva domácího šetření předem ohlášená, může šetření ovlivnit. A právě proto je zde namísto lékařská posudková služba, která by se těmto ovlivnitelným faktorům měla vyhnout, jelikož hodnotí pouze z dokumentace od různých specialistů. Orgány lékařské posudkové služby musí nejen podrobně zjistit zdravotní stav klienta, ale i podrobně odůvodnit rozdíly mezi výsledkem sociálního šetření a svým zjištěním o dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a stupni závislosti, při kterém vycházejí z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost úkony zvládat (duševně, smyslově a fyzicky).

Závěr

V první polovině závěru teoretické části se krátce zmíním o zásadních rozdílech mezi sociálním pracovníkem a ergoterapeutem. Sociální pracovník, jak uvádí Matoušek (2011), neposkytuje psychologické, zdravotní, právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky – psychologa, právníka apod. Dále sociální pracovníci, prostřednictvím sociálních služeb zajišťují pomoc lidem při péči o sama sebe, stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytují informace, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů (Krutina, 2005). Oproti tomu ergoterapeut poskytuje služby v oblasti zdravotnictví, v rámci tří hlavních oblastí. Za prvé diagnostického přístupu, který slouží k odhalení disability a zjištění zbylého pracovního potenciálu pacienta. Za druhé

z terapeutického přístupu, během něhož, je hlavním cílem ergoterapeuta spolu s pacientem stanovit cíle ergoterapeutického plánu, které směřují k zlepšení či zachování soběstačnosti, v běžných denních aktivitách nebo v aktivitách volnočasových. Poslední třetí oblastí je preventivní přístup, který má přispět pomocí cíleného ergoterapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku disability.

A v této druhé polovině závěru teoretické části uvedu, proč by se měl ergoterapeut podílet na domácím šetření společně se sociálním pracovníkem. Jak už z prvního odstavce vyplývá, každá profese má jiné kompetence a přístup k práci, což by bylo v tomto případě výhodou. Dále ergoterapeut má na rozdíl od sociálního pracovníka základní zdravotnické vzdělání, což je velkým přínosem zejména k přístupu ke klientovi. V tomto směru je sociální pracovník z velké části v nevýhodě a to především v komunikaci s klientem, když neví, jak se dané nemoci projevují. Opravdu pozná sociální pracovník při šetření, jestli klient danou činnost skutečně nezvládá nebo jen neschopnost v činnosti hraje. Největším přínosem dle mého názoru by byl ergoterapeut v oblasti poradenství kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí. Díky by klient lépe zvládal mnohem více činností.

2. Praktická část

Před zahájením praktické části bylo v první řadě nejdůležitější si jasně stanovit kritéria výzkumu. Prvním z navrhovaných kritérií byl výběr vhodného vzorku, původně jsem chtěla oslovit pouze sociální pracovníky, ale vzhledem ke komplexnosti jsem zařadila do kvalitativního šetření i posudkové lékaře a to se snahou v poměru 50:50. Dalším kritériem bylo, pro jaký způsob sběru dat se rozhodnu. Nejprve jsem uvažovala o dotazníku čili kvantitativním výzkumu. Nakonec jsem se ale rozhodla pro rozhovor. I když se musím přiznat, že mě odrazovala časová náročnost a pracná technika sběru dat, jak ve své knize uvádí Disman (2000).

2. 1. Cíl praktické práce

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, zda by se mohl ergoterapeut začlenit do hodnocení při posuzování příspěvku na péči. A zda by byl přínosem.

Práce se nezaměřovala na to, jestli je to možné z hlediska legislativy, ale jak se k tomu staví posudkoví lékaři a sociální pracovníci, kteří mají povinnost dle zákona tento příspěvek na péči posuzovat.

2. 2. Metodologie

Praktický výzkum probíhal v časovém období od ledna do dubna 2012. Pro svůj výzkum jsem si vybrala kvalitativní metodu realizovanou formou rozhovorů. Původně jsem uvažovala o dotazníku, ale bála jsem se nízké návratnosti dotazníků. Tento typ výzkumu jsem si nakonec zvolila proto, že „v rozhovoru je téměř jisté, že dotazovaná osoba je ta, která byla vybrána do vzorku. Proporce úspěšně dokončených rozhovorů je podstatně vyšší než návratnost dotazníků“ Disman (2000, str. 141). Samotnému kvalitativnímu sběru informací (pomocí rozhovoru) předcházela sběr emailových kontaktů, popřípadě telefonních kontaktů na jednotlivé sociální pracovníky a posudkové lékaře. Zdrojem kontaktů na sociální pracovníky byl pro mě především internetový portál jednotlivých částí Prahy, kde jsou volně zveřejněny emailové adresy a telefonní kontakty na dané pracovníky Úřadu práce ČR. Pokaždé jsem psala úvodní email s prosbou o krátký rozhovor. Pokud jsem do 14dní nedostala odpověď, pokoušela jsem se spojit telefonicky nebo odesílala emailovou zprávu podruhé. Musím připustit, že jsem očekávala mnohem vyšší odezvu na emaily. Zhruba jen polovina dotazovaných sociálních pracovníků reagovala. Poté jsem si domluvila schůzku a provedla kvalitativní šetření. Z 25 oslovených sociálních pracovníků pouze polovina reagovala.

Z těchto 12 sociálních pracovníků mi bylo ochotno poskytnout rozhovor 8 pracovníků. U posudkových lékařů se mi zpočátku vůbec nedařilo navázat jakýkoliv kontakt. Ale naštěstí jsem měla možnost oslovit posudkové lékaře na konferenci, která se konala na Klinice rehabilitačního lékařství a popřípadě si s nimi domluvit schůzku. Z 11 oslovených s rozhovorem souhlasilo 9 posudkových lékařů, ale rozhovorů jsem nakonec uskutečnilo 7. Celkově jsem tedy provedla 15 rozhovorů.

Výzkumná otázka:

Výzkumná otázka mé bakalářské práce vyplývá z cílů, které jsem popisovala v úvodu.

Mohl by se ergoterapeut společně se sociálním pracovníkem podílet na domácím šetření při hodnocení příspěvku na péči?

Jak velkým by byl ergoterapeut přínosem?

Jak se k této myšlence budou stavět posudkoví lékaři a sociální pracovníci, a co vše sociální šetření v domácím prostředí obnáší.

Hypotézy:

Hypotéza je domněnka, která je odvozena z teorie nebo zkušeností a lze ji empiricky zpochybnit (Hendl, 2004).

Ve své praktické části jsem si zvolila tyto hypotézy:

Hypotéza H1:

Více jak polovina posudkových lékařů bude znát náplň oboru ergoterapie.

Hypotéza H2:

Více jak polovina sociálních pracovníků bude znát náplň oboru ergoterapie.

Hypotéza H3:

Polovina dotazovaných posudkových lékařů bude pro návrh začlenění ergoterapeutů do procesu při posuzování příspěvku na péči.

Hypotéza H4:

Polovina dotazovaných sociálních pracovníků bude pro návrh začlenění ergoterapeutů do procesu při posuzování příspěvku na péči.

Hypotéza H5:

Posudkoví lékaři posuzují pouze z dokumentace.

Hypotéza H6:

Sociální pracovníci neověřují skutečnou schopnost výkonu daných oblastí při domácím šetření, ale prezentují ho pouze z názoru od klienta nebo jeho rodiny.

2. 3. Výběr vzorku

Vzorek mého kvalitativního výzkumu tvořili posudkoví lékaři a sociální pracovníci na Úřadu práce ČR, kteří jsou přímými účastníky při posuzování příspěvku na péči. Sociální pracovníky jsem oslovovala ve většině případech prostřednictvím e-mailu. Pomocí internetu se k e-mailovým adresám sociálních pracovníků dostat nebyl až tak velký problém. Vzhledem k tomu, že od 1. 1. 2012 nově převzal veškerou činnost s řízením příspěvku na péči Úřad práce ČR, tak především s tím si spojuji velice nízkou odezvu. Pokud se mi podařilo s někým navázat kontakt, bylo poměrně těžké domluvit si společný termín z časové tísně sociálních pracovníků. Z 24 oslovených sociálních pracovníků pouze polovina reagovala. Z těchto 12 sociálních pracovníků mi bylo ochotno poskytnout rozhovor 8 pracovníků. U posudkových lékařů se mi zpočátku vůbec nedařilo navázat jakýkoliv kontakt. Ale naštěstí jsem měla možnost oslovit posudkové lékaře na konferenci, která se konala na Klinice rehabilitačního lékařství a popřípadě si s nimi domluvit schůzku. Z 11 oslovených posudkových lékařů s rozhovorem souhlasilo 9. Rozhovorů s posudkovými lékaři jsem nakonec provedla 8, jelikož po vyhodnocení prvního rozhovoru, bylo okamžitě jasné, že tento rozhovor nemohu zahrnovat do ostatních, protože jsem špatně zvoleným pořadím otázek ovlivnila respondenta. Celkově jsem tedy provedla 15 rozhovorů.

3. 4. Technika sběru dat

Sběr dat pro můj výzkum jsem prováděla prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů. Základní technikou byl rozhovor „Tváří v tvář“, přesto byl rozhovor anonymní. Otázky jsem měla zaměřené především na pohled na ergoterapii z dané profese, zda by se mohl ergoterapeut společně podílet na hodnocení Příspěvku na péči. Měla jsem celkem

připravených osm otázek pro posudkové lékaře a pro sociální pracovníky. Otázky jsem se snažila postavit jednoduše a výstižně, abych se nemusela hodně doptávat (z časového hlediska a náročné administrativě). Pro případ kdyby někdo odpovídal příliš stroze, nebo vyhýbavě a nezodpověděl nedostatečně informaci, tak jsem měla připravené i podotázky, kterými jsem se mohla doptat, což je velmi důležité pro pozdější vyhodnocení hypotéz.

2. 5. Výsledky výzkumu

Rozhovor byl tedy uskutečněn celkem 15krát. Z toho 7 posudkových lékařů, s nimiž se mi rozhovory podařilo domluvit na konferenci na KRL. Zbytek skupiny tvořilo 8 sociálních pracovníků, které se mi podařilo oslovit především přes emailové adresy, pouze 2 sociální pracovníci mi byli doporučeni od dotazovaných sociálních pracovníků. Tyto rozhovory probíhaly v časovém úseku od ledna do dubna 2012. Semistrukturovaný rozhovor mi vyhovoval, jelikož jsem se mohla doptávat, ale zároveň jsem měla možnost držet se určité osnovy.

Kladené otázky a analýza odpovědí:

1) Jak vůbec takový příspěvek na péči probíhá? (hodnocení, čím vším musí klient projít, formulář, kdo se podílí)

Posudkoví lékaři: Ve všech případech hodnocení příspěvku na péči posudkovými lékaři probíhá stejně, hodnocení pacientů čistě jen z dokumentace (praktického lékaře, popřípadě lékaře jiné odbornosti, dokumentace z domácího šetření).

Sociální pracovníci: U všech dotazovaných se podle líčení průběh hodnocení příspěvku na péči téměř ničím neliší. Všechny 8 dotazovaných popisovalo stejný postup: Klient (popřípadě zákonný zástupce), který přijde na Úřad práce ČR dostane veškeré informace ohledně příspěvku na péči, po vyplnění formuláře si domluví sociální šetření v domácím prostředí. 70% respondentů uvedlo, že je velice důležitá empatie a individuální přístup při hodnocení, zbývajících 30% uvedlo, že je důležité být rázný a nevžívat se do situace pacientů. Téměř všichni dotazovaní (6) uvedli, že účast blízké osoby při domácím šetření je výhodou. Po sepsání Domácího šetření se zápis posílá LPS, která rozhodne o stupni závislosti žadatele. Vyhodnocený zdravotní posudek LPS odešle na Úřad práce, který příspěvek na péči v daném stupni proplácí.

2) Jaké vlastnosti, schopnosti a vzdělání by podle Vás měl mít člověk, který se podílí na příspěvku na péči?

Posudkoví lékaři: Všichni dotazovaní odpověděli, že by rozhodně nemělo chybět medicínské vzdělání, ve dvou případech se ještě zmínili o důležitosti praxe a pouze v jedné odpovědi zazněl přínos ohledně interprofesionálního týmu.

Sociální pracovníci: Ve všech odpovědích sociálních pracovníků zaznělo sociálně - právní vzdělanost a rozhodně praktické zkušenosti. Ve dvou případech se shodli na zdravotnickém vzdělání.

3) Napadá Vás ještě nějaká odbornost, která chybí při hodnocení příspěvku na péči?

Posudkoví lékaři: 3 dotazovaní odpověděli, že žádná odbornost neschází. A že při tomto hodnocení příspěvku na péči by bohatě stačila dokumentace od praktických a popřípadě od odborných lékařů. A domácí šetření v tomto případě není až takovým přínosem. Ve zbylých 4 odpovědích se 3x opakoval psycholog, jednou někdo společně s psychologem, kdo by pomohl ohledně facilitátorů (výběr potřebné pomůcky v domácím prostředí) a jednou zazněla odpověď, že by to mohla být ergoterapie.

Sociální pracovníci: Nejvíce odpovědí se shodlo na právním vzdělání (4 dotazovaní) a zdravotnické odbornosti (3 dotazovaní). Dále byl jmenován speciální pedagog a rehabilitační pracovníci. Další pohled na situaci byl, že pokud se nijak neliší výsledek posudkového lékaře a sociálního pracovníka, tak není zapotřebí další odbornosti (1 dotazovaný).

„Původně jsem zdravotní sestrou a je to v mnohých případech pro mě výhodou. Ještě než vidím klienta, tak si můžu udělat alespoň základní obrázek o tom, co bude a nebude zvládat.“ (sociální pracovník)

4) Co říkáte na nové hodnocení 10 úkonů oproti starému hodnocení s 36 položkami?

Posudkoví lékaři: Více jak polovina dotazovaných odpověděla, že nové hodnocení nepřineslo žádnou velkou změnu (4 dotazovaní). Dva dotazovaní shledávali nové hodnocení kladně,

protože vše vystihuje komplexněji. A dva respondenti se stavěli k novému hodnocení spíše záporně – podle jejich názoru je mnohem obecnější, a posuzování podle starých 36 položek bylo více objektivnější.

„Záleží jen na tom, jak je daný sociální pracovník zkušený a jakým způsobem dokáže situaci posoudit, vyhodnotit a zapsat. Pak je jedno kolik úkonů nebo oblastí šetří.“
(posudkový lékař)

Sociální pracovníci: Až 5 odpovědí z 8 dotazovaných odpovědělo, že hodnocení se nijak nezměnilo pouze se 36 položek přesunulo do 10 oblastí. Dvěma respondentům vyhovuje více nové hodnocení 10 úkonů, jelikož ho shledávají více individuálním. A pouze 1 dotazovaný se přiklání ke starému hodnocení s 36 položkami, protože mu vyhovuje přesnost a konkrétnost hodnocení.

5) Jak dlouho pracujete v praxi?

Posudkoví lékaři: 1 dotazovaný pracuje v praxi déle než 25let
5 dotazovaných pracuje v praxi déle než 10let
1 dotazovaný pracuje v praxi déle než 5let

Sociální pracovníci: 2 dotazovaní pracují v praxi déle než 20let
3 dotazovaní pracují v praxi déle než 10let
2 dotazovaní pracují v praxi déle než 5let
1 dotazovaný pracuje v praxi 4 měsíce

6) Setkal jste se někdy v praxi s ergoterapeutem? (za jakých okolností, kde, zkušenost)

Posudkoví lékaři: Skoro naprostá většina dotazovaných se nikdy v praxi nesetkala s ergoterapeutem (6 dotazovaných). Jen jeden dotazovaný se setkal v praxi s ergoterapeutem a to v domově pro seniory.

Sociální pracovníci: 5 dotazovaných se nikdy v praxi s ergoterapeutem nesetkalo a 3 dotazovaní měli možnost se v praxi setkat s ergoterapeutem (v domově pro seniory a domově pro mentálně postižené).

7) Jaký máte pohled na ergoterapii?

Posudkoví lékaři: Pro rozličnost odpovědí jsem se rozhodla všechny uvést.

1. Pozitivní, je na místě, důležitá
2. Je potřebná v začlenění do společnosti a pracovního procesu
3. Podobně jako na fyzioterapii - je důležitá
4. Nový obor, zaměřený na zdravotnictví, vyžaduje minimálně středoškolské vzdělání
5. Určitě velice důležitá v rámci RHB
6. Nikdy jsem se s ergoterapií nesetkal/a
7. Nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

Sociální pracovníci: 3 dotazovaní nikdy o ergoterapii neslyšeli. Ostatní odpovědi sociálních pracovníků si byly velice podobné. Shledávali ergoterapii jako nový dynamický obor, modifikaci rehabilitace, která bude mít své opodstatnění.

8) Co podle Vás spadá do kompetencí ergoterapeuta? (pracovní náplň, dovednosti, pacienti)

Posudkoví lékaři: 2 dotazovaní neuvedli žádné položky, jelikož se s ergoterapií nikdy nesetkali. Dalších 2 dotazovaných zněla odpověď: „Určitě musí umět, to co je pro obor ergoterapie stěžejní.“ a „Součástí RHB procesu v nemocničním i sociálním zařízení. Přínos pro pacienty pouze, pokud bude probíhat, tak jak má.“ Ostatní 3 dotazovaní měli přehled o práci ergoterapeuta.

Sociální pracovníci: 3 dotazovaní sociální pracovníci se nikdy s ergoterapeutem nesetkali a ani o něm neslyšeli, takže netuší nic o práci ergoterapeuta. Nejčastější odpověď zazněla 4x a to aktivizace seniorů, udržení aktivity, terapeutická činnost (keramika, kreslení, koláže...), 1 dotazovaný se dokonce zmínil o canisterapii a muzikoterapii. Pouze jen jeden dotazovaný měl kompletní přehled o práci ergoterapeuta. Ve dvou odpovědích byla také zmínka o tom, jak si klienti ergoterapii pochvalují. Ale nikdo z dotazovaných se nezmínil o výběru vhodných kompenzačních pomůcek.

2. 6. Výsledky hypotéz:

Hypotéza H1:

Více jak polovina dotazovaných posudkových lékařů bude znát náplň oboru ergoterapie.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z celkového počtu 7 dotazovaných posudkových lékařů pouze 2 věděli o ergoterapii.

Hypotéza H2:

Více jak polovina sociálních pracovníků bude znát náplň oboru ergoterapie.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z 8 dotazovaných sociálních pracovníků pouze 4 věděli o ergoterapii.

Hypotéza H3:

Polovina dotazovaných posudkových lékařů bude pro návrh začlenění ergoterapeutů do procesu při posuzování příspěvku na péči.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Pouze 2 dotazovaní se zmínili o ergoterapii, druhá odpověď byla sice trochu skrytá, ale já jsem ji vyhodnotila jako kladnou. Respondent popsal, že by to mohla být osoba, která by pomohla v rámci řešení kompenzačních pomůcek, což spadá plně do kompetence ergoterapie

Hypotéza H4:

Polovina dotazovaných sociálních pracovníků bude pro návrh začlenění ergoterapeutů do procesu při posuzování příspěvku na péči.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Ani jeden z dotazovaných se nezmínil o ergoterapeutovi.

Hypotéza H5:

Posudkový lékař posuzují pouze z dokumentace.

Tato hypotéza se potvrdila. 100% dotazovaných vypovědělo, že příspěvek na péči hodnotí pouze z dokumentace.

Hypotéza H6:

Sociální pracovníci neověřují skutečnou schopnost výkonu daných oblastí při domácím šetření, ale prezentují ho pouze z názoru od klienta nebo jeho rodiny.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Tuto hypotézu vyvrátilo všech 8 dotazovaných. Všichni respondenti uvedli, že domácí šetření probíhá výlučně jen v domácím prostředí s ukázkou dané schopnosti/činnosti.

3. Diskuze

Dle Hendla (2004) je nedůležitější etapou výzkumu sběr dat, jelikož na základě získaných dat dostáváme informace o řešené výzkumné otázce. Proto jsem si vybrala kvalitativní výzkum, provedený prostřednictvím rozhovorů. Pokud by respondent pochopil otázku jinak než já, mohu se doptat, což u dotazníků není možné. Disman (2000) se také zmiňuje o tom, že rozhovor klade menší nároky na iniciativu respondenta a zároveň je pro něj obtížnější vynechat odpovědi na některé otázky. Musím přiznat, že i já jsem se osobně přesvědčila o záporech kvalitativního šetření. A to konkrétně o velice pracné a nákladné technice sběru dat, z důvodu časové náročnosti, která pro mě byla opravdu limitující. Dalším zjištěním bylo, že kladení otázek není tak jednoduché a je důležité v tom mít alespoň částečnou zkušenost. A to jsem poznala při mém prvním rozhovoru s posudkovým lékařem, hned po vyhodnocení toho rozhovoru bylo okamžitě jasné, že tento rozhovor nemohu zahrnovat do ostatních, protože jsem špatně zvoleným pořadím otázek ovlivnila respondenta. Z 15 rozhovorů jsem získala dostatečné množství informací pro zodpovězení hlavních otázek práce a pro potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Výsledky hypotéz mě překvapily. Ze šesti stanovených hypotéz se mi potvrdila pouze jedna hypotéza, což jsem opravdu nečekala. Když se zamyslím nad tím, jak je možné, že se mi v praktické části práce potvrdila pouze jedna hypotéza. Dospěji k názoru, že jsem vycházela ze špatného předpokladu, a to přímo z toho, že dotazovaní odborníci budou mít větší přehled o práci ergoterapeuta, to ale jak z kvantitativního šetření jasně vyplynulo, není pravda. Pokud zhodnotím výsledky hypotéz, tak mi vyvstane nová otázka. A to, jak je možné, že celá většina dotazovaných respondentů nevěděla o ergoterapii? V dnešní době je na internetových portálech mnoho kvalitních a přesných informací o ergoterapii, o čemž se může každý sám přesvědčit. Ale bylo by možná dobré se zamyslet, jak dostat ergoterapii do povědomí veřejnosti.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, zda by se ergoterapeut mohl podílet na sociálním šetření společně se sociálním pracovníkem při posuzování příspěvku na péči. Pokud ano, tak jak velkým by byl ergoterapeut přínosem. Dále mě zajímalo, jak se k této myšlence budou stavět posudkoví lékaři a sociální pracovníci, a co vše sociální šetření v domácím prostředí obnáší. Z rozhovorů, které jsem prováděla v praktické části jsem se dozvěděla, jak podrobně vypadá domácí šetření. Když jsem byla dostatečně informována, jak by mělo takové domácí šetření probíhat, jaké nároky jsou kladeny na toto šetření a jaké znalosti by měl mít pracovník, který se podílí na šetření domácího prostředí, tak jsem mohla začít porovnávat a hodnotit.

Z rozhovorů jsem se dozvěděla, jak sociální šetření probíhá - sociální pracovník popisuje, zda žadatel zvládá či nezvládá jednotlivé činnosti v daných oblastech, jako jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, tělesná hygiena, výkon fyzické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Tyto základní životní potřeby spadají v ergoterapii do běžných denních aktivit (personální a instrumentálních), které člověk provádí pravidelně a automaticky (Krivošíková, 2009). Ergoterapeut se snaží o maximální soběstačnost klienta (Krivošíková, 2011). O aktivitách všedního dne (ADL) se zmiňuje i Americká asociace ergoterapeutů (The American Occupational therapy Association, 2011). Veškeré činnosti, které člověk během života vykonává, se nazývají v ergoterapeutické terminologii oblasti výkonu zaměstnávání a jsou rozděleny do tří skupin a do jedné ze složek je zařazena právě zmiňovaná ADL. ADL jsou zaměřeny na péči o vlastní osobu. Dále se asociace zmiňuje se o kompenzaci, úpravě nebo přizpůsobení aktivity a prostředí pro zvýšení výkonu. Kohoutová (2010) se ve své prezentaci zmiňuje o hodnocení soběstačnosti v domácím prostředí, rámci ADL. Dále se zmiňuje o pravidelném hodnocení soběstačnosti ergoterapeutem ve vstupní, v průběžné a v závěrečné fázi terapie. Lippertová-Grünerová (2005) píše o důležitosti ADL ve smyslu tréninku (který opět provádí ergoterapeut), jelikož jeho cílem můžeme umožnit pacientovi v osobní sféře samostatnost v každodenních činnostech. V International classification of functioning, disability and health (2005) se dočteme o faktorech prostředí, které mohou být (pro člověka s disabilitou) bariérou nebo významným facilitujícím prvkem.

Myslím, že toto je dostatečný výčet z literatury, abych mohla prohlásit, že ergoterapeut by měl být dostatečně zkušený a zběhlý v uvedené problematice.

Z výše zmíněných údajů je tedy zřejmé, jaké by měl mít ergoterapeut dostatečné znalosti v souvislosti příspěvku na péči. Já osobně se domnívám, že by byl přínosem v rámci hodnocení příspěvku na péči. A dovoluji si nastínit, jak by mohla v budoucnosti vypadat součinnost ergoterapeuta a sociálního pracovníka v oblasti příspěvku na péči. Na domácí šetření by chodil tedy ergoterapeut se sociálním pracovníkem společně. Bylo by ale vhodné, pokud by mohl ergoterapeut, před návštěvou strávit přibližně hodinu s žadatelem o příspěvek a odebrat základní informace (podobně jako u vstupního vyšetření, které ergoterapeut běžně provádí). Pak domluvit termín domácího šetření. Na základě konkrétních informací se může ergoterapeut připravit na domácí šetření. V domácím šetření se pro sociálního pracovníka moc nezmění, bude stále zapisovat závěry z provedených činností v dané oblasti. Zatímco ergoterapeut se by se zaměřoval na jednotlivé činnosti v rámci poradenství, a to především z hlediska usnadnění činnosti pomocí vhodné kompenzační pomůcky, popřípadě úpravy přirozeného domácího prostředí žadatele. Článek v Revizním a posudkovém lékařství (2011)

se zmiňuje, že jen málo sociálních pracovníků umí správně hodnotit činnost provedenou s dopomocí kompenzační pomůcky.

Věřím, že v rámci této součinnosti by konečná zpráva domácího šetření pro lékařskou posudkovou službu byla významnou a důležitou složkou a měla by větší váhu než doposud. Pokud by to takto fungovalo, bylo by to výhodou i pro žadatele, jelikož ne všichni se měli možnost dostat do rukou ergoterapeuta a třeba ani netuší o jejich možnostech zlepšení kvality života.

Zbývá mi ještě zodpovědět otázku, jak se k návrhu začlenění ergoterapeuta do domácího šetření příspěvku na péči staví posudkový lékař a sociální pracovníci. Odpověď na tuto otázku nemohu jednoznačně interpretovat, jelikož jsem se na ni přímo nezeptala. Mohu pouze jen shrnout. Posudkový lékař bohužel, jak už z textu vyplynulo, se k domácímu šetření kladně nestaví. A sociální pracovníci se cítí zcela soběstační, jsou se svými výstupy ze sociálního šetření spokojeni. Jen by v polovině případech (4 respondenti) uvítali pomoc v právní oblasti a ve 3 případech ocenili znalost ve zdravotní oblasti. Ale je jasné, že nemohu očekávat od respondentů plnou podporu, když nemají přehled o ergoterapii a jejích možných přínosech.

Cíl mé bakalářské práce by měl prozatím sloužit jako návrh. Zda by to v budoucnu mohlo podobně fungovat, je otázkou. Z pohledu ergoterapeuta mohu říct, že bych s tímto návrhem souhlasila. Bohužel to bude „běh na dlouhou trať“ a pokud by to tak v budoucnu v praxi mělo fungovat, bude to stát ještě mnoho úsilí. Z výsledků mé bakalářské práce jsem se dozvěděla, že stále základním trnem v patě ergoterapie je nízká informovanost lidí o ergoterapii.

4. Závěr

Hlavní náplní a cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda by se ergoterapeut mohl podílet na sociálním šetření společně se sociálním pracovníkem při posuzování příspěvku na péči. A jak velkým by byl ergoterapeut při tomto šetření přínosem. Dále mě zajímalo, jak se k této myšlence budou stavět posudkoví lékaři a sociální pracovníci. V teoretické části mé bakalářské práce jsem dostala podrobný přehled, co takové hodnocení příspěvku na péči obnáší, a jak by mělo v ideálním případě probíhat. V praktické části bakalářské práce jsem prováděla kvalitativní metodu, provedenou prostřednictvím rozhovorů s revizními lékaři a sociálními pracovníky. Rozhovory probíhaly „tváří v tvář“ formou semistrukturovaného rozhovoru. Celkově jsem zpracovala 15 rozhovorů.

Z šesti stanovených hypotéz se mi potvrdila pouze jedna. Díky této skutečnosti jsem získala jeden z hlavních výstupů mé práce a to, že jsem vycházela ze špatného předpokladu. Domnívala jsem se totiž, že dotazovaní odborníci budou v 99% vědět o ergoterapii, což nebyla pravda. Posudkoví lékaři ani sociální pracovníci se k myšlence začlenění ergoterapeuta do domácího šetření nijak konkrétně nevyjadřovali, což dle mého názoru pramenilo především z nízké informovanosti o náplni práce ergoterapeuta.

Dále jsem se zajímala, zda by byl ergoterapeut při domácím šetření příspěvku na péči přínosem. Dospěla jsem k závěru, že ergoterapeut by byl přínosem především v oblasti poradenství kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí, díky čemuž by klient zvládal mnohem více činností. Dále ergoterapeut má na rozdíl od sociálního pracovníka zdravotnické vzdělání, což je velkým přínosem zejména k přístupu ke klientovi.

Svou bakalářskou práci považuji za významnou především proto, že je to jedna z prvních prací zpracovaná na danou problematiku. Mohla by sloužit jako návrh začlenění ergoterapeuta do hodnocení domácího šetření. Zároveň by se rozšířila náplň práce ergoterapeuta v oblasti, kterou dobře zná a je v ní zblhlý. Pokud by to takto fungovalo, bylo by to výhodou i pro klienty. Protože ne všichni využijí tu možnost, dostat se do rukou ergoterapeuta, a třeba ani netuší o jejich možnostech zlepšení kvality života.

5. Seznam použité literatury

1. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vydání 1. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
2. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Vydání 3. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
3. DVOŘÁKOVÁ, Kateřina. *Význam spolupráce klinického logopeda a ergoterapeuta u osob s poruchami fatických funkcí*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. 70 s. Vedoucí práce Zuzana Stančáková.
4. HAGEDORN, Rosemary. *Foundations for practice in occupational therapy*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1997, 157 s. ISBN 0-443-05292-1.
5. HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 583 s. ISBN 80-7178-820-1.
6. *International classification of functioning, disability and health: children and youth version : ICF-CY*. 1st ed. Geneva: World Health Organization, c2007, 322 s. ISBN 978-92-4-154732-1.
7. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Vydání 1. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
8. KATUŠČÁK, Dušan, Barbora DROBÍKOVÁ a Richard PAPÍK. *Jak psát závěrečné a kvalifikační práce: jak psát bakalářské práce, diplomové práce, dizertační práce, specializační práce, habilitační práce, seminární a ročníkové práce, práce studentské vědecké a odborné činnosti, jak vytvořit bibliografické citace a odkazy a citovat tradiční a elektronické dokumenty*. Vydání 5., v českém jazyce 1. Nitra: Enigma, 2008, 161 s. ISBN 978-80-89132-70-6.
9. Kontakt, Roč. 13, č. 1 (2011), s. 48-53. ISSN: 1212-4117. Lit.: 9
10. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání 6. Praha: Portál, 2011, 152 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
11. KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
12. KREJČÍ, Jindřich. *Kvalita sociálněvědních výběrových šetření v České republice*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008, 195 s. ISBN 978-80-7419-001-8.
13. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Vydání 1. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

14. KRUTINA, Miroslav. *Život: Praktický průvodce sociálními otázkami*. Vydání 1. Praha: Český helsinský výbor, 2005, 120 s. ISBN 80-86436-16-0
15. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
16. LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010, 311 s. ISBN 978-80-86429-79-3.
17. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
18. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
19. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
20. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
21. PETRUŽELKA, Jiří. *Jak psát bakalářskou práci*. Ostrava: Vysoká škola Báňská-Technická Univerzita, 2006. s. Vedoucí práce
22. Praktický lékař, Roč. 91, č. 6 (2011), s. 337-340. ISSN: 0032-6739.
23. PŘIB, Jan. *Průvodce sociálními dávkami 2011: (stav platný k 1. 1. 2011)*. Praha: BMSS-Start, 2011, 151 s. ISBN 978-80-86140-69-8.
24. Revizní a posudkové lékařství, Roč. 14, č. 1 (2011), s. 7-9. ISSN: 1214-3170.
25. Revizní a posudkové lékařství, Roč. 11, č. 3 (2008), s. 74-79. ISSN: 1214-3170. Lit.: 3
26. TATE, Peter. *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
27. TOMEŠ, Igor a Kristina KOLDINSKÁ. *Právní a organizační aspekty posuzování zdravotního stavu v sociální oblasti*. 1. vyd. Praha: Vodnář, 2011, 74 s. ISBN 978-80-87146-46-0.
28. TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Beck, 2000, 246 s. ISBN 80-7179-353-1.
29. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.*, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

30. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice: ve vývojových řadách a grafech : 2009.* Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010, 51 s. ISBN 978-80-7421-023-5.
31. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*
32. ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDVÁ a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 357 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

Internetové zdroje

1. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. (online) Dostupný z URL: <<http://www.aota.org/Practitioners/Advocacy/State/Resources/PracticeAct/36437.aspx?FT=.pdf>>[cit. 2012-5-9]
2. ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERPEUTŮ. (online) Dostupný z URL: <<http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>>[cit. 2012-03-20]
3. KOHOUTOVÁ, M. Návuk ADL z pohledu ergoterapeuta. (online) Dostupný z URL: <http://www.dilnytvorivosti.cz/iframe/vzdelavani/11_2010/Konference_Case_management_Kohoutova_Navuk_ADL.pdf>[cit. 2012-05-12]
4. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Etika, morálka a posudkový lékař. (online) Dostupný z URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/5033>>[cit. 2011-12-10]
5. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Příspěvek na péči od 1/1/2012. (online) Dostupný z URL: <<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>>[cit. 2012-20-04]
6. WIKIPEDIE-OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIE. Zdravotní postižení. (online) Dostupný z URL: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_posti%C5%BEn%C3%AD>[cit. 2012-7-4]
7. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. Sestra-Aplikace prvků ergoterapie v rehabilitačním ošetřování. (online) Dostupný z URL: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/aplikace-prvku-ergoterapie-v-rehabilitacnim-osetrovani-463448>>[cit. 2012-05-05]

6. Seznam použitých zkratk

ADL Activities of Daily Living

ČAE Česká asociace ergoterapeutů

ČR Česká republika

ICF International Classification of Functioning, Disability and Health

KRL Klinika rehabilitačního lékařství

LPS Lékařská posudková služba

MPSV Ministerstvo práce sociálních věcí

MZ Ministerstvo zdravotnictví

PnP Příspěvek na péči

RHB rehabilitace

7. Přílohy

7. 1. Příloha č. 1: Rozhovor se sociálním pracovníkem

- pro ukázkou jsem přepsala rozhovor

1.) Jak vůbec takový příspěvek na péči probíhá?

„Tak vlastně příspěvek na péči upravuje zákon 108/2006Sb. Kdo chce o tento příspěvek žádat, musí podat žádost, která je pro celou Českou Republiku stejná. Zahájení řízení příspěvku na péči je tedy takové: začíná podáním žádosti u nás. Sociální pracovnice, která tedy k tomu byla pověřena si domluví domácí šetření u žadatele doma. Žadatel u toho může i nemusí mít osobu blízkou nebo pečovatele. V rodině tedy provedla takzvané domácí šetření. To znamená, že ta daná sociální pracovnice provede a zjistí dané oblasti, které jsou přesně stanovené. V dnešní době je to zhruba nějakých 10 kritérií, co vidí sociální pracovnice to popíše, většinou si nechá vše ukázat nějakou nenucenou a nenápadnou formou. Já mám vlastně výhodu, že jsem dříve pracovala na Úřadu práce a sociálních věcí, kde se tento příspěvek v minulém roce posuzoval, tedy posuzovalo se 36úkonů. Takže s tím mám zkušenost a nepříjde mi v tom nějaký veliký rozdíl, akorát to teď píšeme jak slohovou práci. Poté vlastně zhotoví komplexní zprávu a výstup tohoto šetření odešle na posudkovou komisi. Posudkový lékař si ze zdravotnické dokumentace od lékařů a tohoto výstupu domácího šetření, a na tomto základě rozhodne v jakém stupni je žadatel závislý, v 1., 2., 3. nebo ve 4.-tém stupni. Rozhodnutí mám posudkový lékař pošle a my zahájíme výplatu dávky.“

2.) Jaké vlastnosti, schopnosti a vzdělání by podle Vás měl mít člověk, který se podílí na příspěvku na péči?

„Já to vezmu z druhé stránky, rozhodně by neměl být empatický, to by pak konečný výstup nemohl být irelevantní, to by pak mohlo zkreslit celé hodnocení. A jaké vzdělání by měl mít? Asi, no ano rozhodně ze sociálně právní oblasti.“

3.) Napadá Vás ještě nějaká odbornost, která chybí při hodnocení příspěvku na péči?

„Já si myslím, že v některých sporných případech, když se to sociální šetření toho sociálního pracovníka výrazně liší od toho posouzení posudkového lékaře nebo spíš toho náhledu posudkového lékaře, tak že tam by možná bylo na místě, aby nějaká odborná osoba zasáhla. Jinak není za potřeby jiné odbornosti.“

4.) Co říkáte na nové hodnocení 10 úkonů oproti starému hodnocení s 36 položkami?

„Jak už jsem se zmiňovala, je to asi stejné. Jen těch 36 položek je vpasovaných to těch 10 oblastí. Záleží jen na tom sociálním pracovníkovi, jak to uchopí. No možná je to i více individuální. Mne to vyhovuje, že všemu se můžu vyjádřit písemně, a tak si potom z toho udělá i lepší obrázek posudkový lékař, než z těch 36 úkonů zvládá nebo nezvládá.“

5.) Jak dlouho pracujete v praxi?

„V praxi pracuji 5let, no něco málo přes pět let.“

6.) Setkal jste se někdy v praxi s ergoterapeutem?

„Ano, bylo to v domově pro seniory.“

7.) Jaký máte pohled na ergoterapii?

„Je to poměrně nový obor, moc lidí o něm neví.“

8.) Co podle Vás spadá do kompetencí ergoterapeuta? (pracovní náplň, dovednosti, pacienti)

„To úplně přesně nevím, ale v tom domově vlastně prováděl takové ty aktivizace seniorů, jako je ranní rozcvička. Hodně těch terapeutických technik, keramiku, různé koláže, dekorace, prostě výtvarku. Vím, že si to klienti hodně pochvalovali.“

7. 2. Příloha č. 2: Text oslovovacího emailu

Vážený pane XY,

jsem studentkou 3. ročníku ergoterapie na 1. lékařské fakultě UK. Píši bakalářskou práci na téma, které úzce souvisí s příspěvkem na péči. Chtěla bych se Vás zeptat, a zároveň poprosit, zda, by se ve Vašem diáři během příštích 14 dní nenašlo pár minut volna na poskytnutí krátkého rozhovoru. Mám připravených 8 otázek, které by neměly zabrat více, jak 10 minut.

Děkuji

S přáním hezkého dne

Lenka Šeráková

728 XXX XXX